



QUESTIONNAIRE MEDICAL 2024-2025

Maison des associations, 201 avenue St Exupéry, 73290 LA MOTTE-SERVOLEX

Portable : 06.41.05.71.26 **E-mail** : mottendanse@gmail.com

Adhésion / Renouvellement d'adhésion à l'association Mott'en danse : **Questionnaire de Santé.**

Nom et prénom de l'adhérent :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un nouveau certificat médical pour cette nouvelle année 2024/2025. Si ce n'est pas le cas, merci de l'intégrer à votre dossier d'inscription.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A CE JOUR		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Vous attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de votre adhésion ou celui de votre enfant en transmettant, ce document, à l'Association Mott'en danse.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Date

Et Signature de l'adhérent si majeur ou du responsable légal si mineur :